

# Fuldmagt

Til jobcenteret

Dato: \_\_\_\_\_

Kommune: \_\_\_\_\_

Undertegnede:

CPR-nr: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr. og by: \_\_\_\_\_

Giver hermed BUPL tilladelse til at indhente sagsakter vedr. (sæt kryds):

Alle relevante sagsakter

Sygedagpenge/sygdomsopfølgning

Revalidering

Fleksjob

Kontanthjælp

Pension

Andet: \_\_\_\_\_

Fuldmagten gælder til \_\_\_\_\_ dog højst ét år fra dato.

Dato \_\_\_\_\_ Underskrift \_\_\_\_\_